

Немцова Н. А.

Территориальный Центр социального обслуживания населения
Первомайского района (г. Витебск)

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И ПОСЛЕРОДОВОГО СТРЕССА

Демографическая политика в Республике Беларусь направлена на увеличение рождаемости и снижение естественной убыли населения. В условиях демографического кризиса в стране проблема сохранения здоровья беременных женщин становится важной государственной задачей. На сегодняшний день государство активно занимается вопросами охраны здоровья матери и ребенка [1].

Стресс во время беременности и после родов может возникнуть как в результате физических, так и психологических раздражителей [3]. К физическим раздражителям можно отнести холод, жару, токсикоз при беременности, физическую нагрузку и так далее. Если говорить о психологических факторах, то это может быть конфликты в семье, на работе, обида, ревность, информационная перегрузка и так далее. Сразу же следует отметить, что раздражителем стресса принято считать не само событие, а то, как беременная женщина к нему относится.

Вопрос качества медицинской помощи многогранен. Наибольшую трудность в оценке может вызвать именно удовлетворенность пациентов медицинской помощью. Это субъективный критерий, на который может влиять множество факторов [1].

С точки зрения психологии, желание получить медицинскую помощь, согласно гуманистической теории личности американского психолога А. Маслоу, относится к потребностям безопасности. Чем более высоко организован индивидуум, больше потребностей согласно иерархии удовлетворено, тем более высокие запросы он предъявляет как к себе, так и к окружению. Запросы трансформируются в ожидания. Соответствие между ожиданиями в отношении медицинской помощи и возможностями их реализовать — это ключ к удовлетворенности.

Особую категорию пациентов составляют беременные женщины. Они, не являясь «больными», однако, вынуждены регулярно посещать медучреждения. Врачи, перестраховываясь, стараются назначить им максимальное количество анализов и различных исследований, чтобы исключить патологию протекания беременности. У женщин на этот счет имеются свои представления, что и провоцирует, при непрофессиональном подходе врача, непонимание между акушером-гинекологом и беременной пациенткой. Представления о медицинской помощи во время бе-

ременности у женщин формируются на основании жизненного опыта, куда входит полученное образование, интерес к медицинской тематике, перенесенные заболевания и их исход, результат контактов с медицинскими работниками. Определенное влияние оказывает мнение ближайшего окружения (подруг, родственниц), особенно, если женщина легко внушаема [2].

В исследовании приняли участие 68 женщин во время беременности на разных сроках гестации и на 2-3 неделе после родов. Респондентки были в возрасте от 18 до 45 лет, с уровнем образования от среднего до последиplomного и разным семейным положением. Беременности были от первой до четвертой и более.

Изучение субъективной оценки качества медицинской помощи беременными женщинами проводилось с использованием анкеты, составленной автором. Анкета содержала 14 вопросов, 8 из них предназначены для оценки критериев качества медицинской помощи по десятибальной шкале (оценка внимательности, доброжелательности, добросовестности, профессиональной компетенции врача, полноты и доступности предоставления информации, бытовых условий и питания, уровня материально-технического оснащения).

Для определения уровня психологического стресса во время беременности и после родов применялась «шкала психологического стресса PSM-25» в переводе и адаптации Н.Е. Водопьяновой. Методика содержала 25 вопросов с восьмибальной шкалой ответа.

Данные подверглись статистической обработке с помощью программы SPSS Statistics v.17.

В ходе исследования было установлено, что на уровень психологического стресса во время беременности и после родов значимо влияет возраст беременных женщин ($r=-0,425$, $p<0,01$) и количество беременностей ($r=-0,417$, $p<0,01$). Молодые первородящие женщины испытывают значимо более высокий уровень стресса. Они зачастую чувствуют себя «плохими» матерями, укоряют себя, что не могут успеть сделать все что нужно, часто испытывают усталость и недосыпание, что, несомненно, приводит к увеличению стресса.

У беременных, находящихся в гражданском браке или не проживающих с отцом ребенка, чаще наблюдается высокий и средний уровень послеродового стресса. Причина тому – ощущение незащищенности, поскольку женщина не может в полной мере рассчитывать на материальную и психологическую поддержку отца ребенка.

Женщины с более высоким уровнем образования чаще испытывают более сильный стресс, что связано с большой обеспокоенностью своим

состоянием и высокими требованиями, предъявляемыми к качеству оказания медицинской помощи.

Уровень психологического стресса значительно увеличивается при невнимательном отношении врача и медперсонала к женщине во время беременности, недоброжелательности, низком профессионализме и недобросовестности врача ($r=-0,680$, $p<0,01$). Все это снижает доверие женщины к врачу акушеру–гинекологу и способствует возникновению недоверия и, как следствие, развития стресса в разные периоды беременности женщины и после родов.

Для оценки взаимосвязи критериев субъективной оценки качества медицинской помощи и уровня стресса, испытываемого во время беременности и после родов, применялся метод множественной линейной регрессии. Статистически значимый вклад в развитие послеродового стресса вносят оценки внимательности (коэффициент $\beta \geq |0,577|$; $p<0,01$), профессионализма ($\beta \geq |0,085|$; $p<0,05$) медицинского персонала, а также доступность предоставляемой информации ($\beta \geq 0,212$; $p<0,05$). Особое прогностическое значение имеет уровень психологического стресса во время беременности ($\beta \geq 0,743$; $p<0,01$), поскольку данный показатель значимо связан со всеми критериями субъективной оценки качества медицинской помощи, рассмотренными в настоящей работе. Значения коэффициентов множественной детерминации R^2 свидетельствуют о высокой вероятности прогноза уровня послеродового стресса на основании критериев субъективной оценки качества медицинской помощи (в первую очередь, внимательность и профессионализм) и уровня психологического стресса во время беременности.

Выводы. На уровень психологического стресса во время беременности и после родов значимо влияет возраст беременных женщин и количество родов. Чем старше женщины и больше у них было родов, тем ниже у них уровень стресса. Женщины с более высоким уровнем образования чаще испытывают более сильный стресс, что связано с большой обеспокоенностью своим состоянием и высокими требованиями, предъявляемыми к качеству оказания медицинской помощи.

Уровень стресса после родов зависит от субъективных оценок внимательности и профессионализма медицинского персонала. Чем ниже оценивает женщина внимательность и профессионализм врача, тем более высокий уровень послеродового психологического стресса у нее наблюдается.

Литература

1. Куницкая, С. В. К проблеме удовлетворенности населения медицинской помощью / С. В. Куницкая // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – Минск, 2006. – №3.
2. Рудина, Л. М. Индивидуально-психологические особенности адаптивности женщин к состоянию беременности: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Л. М. Рудина. – М., 2003.
3. Huttunen, M. O. Prenatal loss of father and psychiatric disorders // M. O. Huttunen [et al] // Arch. Gen. Psychiatry – 1978. – Vol.4 – №35(4).